

TERAPIA OCUPACIONAL

ABRIL 2011

REVISTA INFORMATIVA DE LA APETO

54



ASOCIACION
PROFESIONAL
ESPAÑOLA DE
TERAPEUTAS
OCUPACIONALES

La experiencia vital narrada por David L. Experto de su Vida en un Centro de Rehabilitación Psicosocial 2010

RELACION DE AYUDA

"Creo que lo ideal sería que el terapeuta aprendiera del rol del paciente, y el paciente del rol del terapeuta. Realimentándose continuamente en un continuo aprendizaje". No sería conflictiva la relación en ese caso y en teoría no afectarían problemas. Pero la realidad va por otros caminos muchas veces.

Por parte del terapeuta surgen autoritarismos, también paternalismos. Por parte del paciente se instala la queja y la pasividad. El terapeuta debe hacer ver que el paciente es el protagonista, que la enfermedad abre nuevas posibilidades.

Trasmitir repetidamente que sí, que sí que se puede, y darle tiempo. Debe tener firmeza pero flexibilidad a la vez. Hacer ver que somos muchos los protagonistas y que el terapeuta tiene que repartirse entre esos mundos, deasar dinámicas nuevas, explorando nuevas situaciones, etc...

...Dar y recibir información. Insuflar optimismo y buen rollo. En todo, apoyar, ayudar para no hacer. El nivel de implicación emocional debe ser el adecuado. No debe haber en el terapeuta la "sensación de fracaso". El paciente a su vez debe estar receptivo, participativo, presente, activo... porque si se encuentran "no receptivo" solo habría acompañarle en su desahucio.

Proporcionarle un ambiente de armonía donde se den muestras repetidas de cariño y ternura, tacto y amabilidad, cercanía, normalidad.

El paciente sabe que no es él, que es lo que le deja la enfermedad que sea. "El objetivo por tanto es asumir la enfermedad y cómo conseguirla sería la cuestión y la tarea".

SENTIDO DE LA OCUPACIÓN

"Si partimos de que el primer motor para la acción son los estímulos, siempre que haya estímulos hay o existe una invitación a actuar".

Por otro lado, si resumamos y nos preguntamos por qué actuamos, tendremos muchos motivos y razones para explicarlos:

- Sentirnos vivos
- Por amor a uno mismo
- El amor de otros reclama nuestro apoyo, pues somos su necesidad. Al igual que nosotros podemos llegar a necesitar de aquellos o de estos otros a su vez.
- La posibilidad del premio mueve a la acción sucesiva y continuada.
- La autovaloración de que puedes y eres autovalorante.
- Fortalecer la responsabilidad y la importancia del compromiso.
- Si es una acción compartida y en equipo, poder despertar el amor de los demás, saberse uno de sí mismo.

Estas motivaciones requieren de un requisito previo indispensable: que los síntomas de la enfermedad se encuentren lo más apagados posible, disminuidos, pequeños, empapachados, apaciguados, tranquilos, medio dormidos.

"Pese a todo pudiera ser que llegara el momento que mandarías todo al carajo. Ante lo cual cabría callar, templar, respirar y otra vez volver a empezar."

(...)
Soy lo que soy y lo que hago.
Completa, incompleta, completada.
Es una persona frágil, otras veces menos.
Es una persona libre que a veces no sabe ser esclava.
Como lento, como lento...
es él y sus circunstancias
Es así y ella lo ama.



"Menos correr, lo puedes hacer todo"

4

Una aplicación del MODELO KAWA a la práctica geriátrica

42

Buscando el movimiento normal a través de las ayudas técnicas

46

Presidenta:

Ana Vicente Cintero

Vicepresidenta Primera:

Cristina Labrador Toribio

Secretaría:

Ana Abad

Vocal de Docencia:

Esther Segura del Real

Vocalía de Internacional:

Cristina Labrador Toribio

Coordinadora WebMaster:

Tatyana Plaza

Vocalía de Prensa:

Ana Abad y Katya López

Tesorería y Difusión:

Katya López

Bibliotecario:

Carlos Cerrada

Ensobrado de Actas y Revistas:

Elena Hidalgo

Colaboradores:

Beatriz Igelmo, Raúl Gómez, Irene Montes, Inma Liebara, Blanca Carné.

A.P.E.T.O.

C/ Modesto Lafuente, 63 - 3º C

28003 Madrid.

Teléfono: 91 553 56 08

Fax: 91 533 78 34

Horario: mañana y tarde.

www.apeto.com

apeto_revista@yahoo.es

Maquetación:

Undergraf S.L.

Impresión:

Imgraf, s.l.

Depósito legal:

M-5911-1995

ISSN: 1575-5606

Índice

- 4-8** "Menos correr, lo puedes hacer todo". Entrevista a Dña. M^a José Román Torres. *Isabel Julián Quiroga.*
- 9-10** Una mirada retrospectiva a la figura del dr. D. Heliodoro Ruiz García (1922-2007). *Isabel Julián Quiroga.*
- 11-17** Guía práctica de autonomía personal del anciano en su domicilio. *Alonso Jiménez, R.*
- 18-25** Trasposición Tendinosa. Intervención desde la Terapia Ocupacional. *Díaz Romero, G.*
- 26-31** El rol de terapia ocupacional en la artrosis de rodilla. *Martín-Martín L.M., Serrano Guzmán M., Valenza M.C., Cabrera Martos, I.*
- 32-41** Efectividad del trabajo conjunto entre el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional: en un caso de prótesis invertida de hombro. *Sanz Silvestre, M., López Fernández, E., Quevedo Fuentes, S.*
- 42-45** Una aplicación del modelo kawa a la práctica geriátrica. *Sánchez Mora, E.*
- 46-49** Buscando el movimiento normal a través de las ayudas técnicas. *De los Ríos Sevilla, I., Suárez Castro, M., López Moreno, M.*
- 50-53** Promoción de entornos de inclusión social a través de procesos de simulación sensorial. *Pamela Wener, Lisa Diamond-Burchuk, Jacquie Ripat MSc, Lianne Belton, Dorothy Schwab, González Rodríguez, R., Chao Tizón, S., Suárez Suárez, B.*
- 54** Ventajas de ser socio
- 55** Próximos cursos
- 56-57** Libro
- 58-59** Normas de Publicación

APETO no se responsabiliza ni necesariamente comparte las opiniones vertidas por los colaboradores de esta publicación

Prohibida la reproducción total o parcial de textos e imágenes sin previa autorización de APETO

Las oportunidades de la terapia ocupacional para contribuir a la salud mental de la población, a día de hoy son enormes; y resulta muy difícil sintetizarlas en unas líneas. Intento hacerlo de forma sintética en estos párrafos estructurados según cuatro dimensiones:

1. *Dimensión histórica.* La historia de la atención psiquiátrica estuvo marcada desde sus inicios por un doble discurso- el del saber/conocimiento, y el del hacer/ la praxis. El primero ha venido siendo el oficial académico, centrado en la descripción y clasificación de las enfermedades. Por su parte, el del que-hacer en la práctica asistencial ha sido tremendamente controvertido, como bien sabemos - reclusión, aislamiento, alienación.....- ; pero también, generador de muchos islotes de excepciones refrescantes y esperanzadores, como fueron las comunidades de Gheel, y muchos efectos de la terapia moral (pedagogía, ocupación, trabajo) donde, según nos dicen los historiadores, podemos encontrar las raíces originales de la terapia ocupacional.

A día de hoy, el panorama es radicalmente distinto, una vez desplazado el eje de la atención de la institución a la comunidad, y del mero tratamiento sintomático de la enfermedad a la atención centrada en las necesidades de la persona y su recuperación. Recuperación del sentido y significados de la vida personal, de la voluntad de participar en la construcción de proyectos e interacciones significativas. Y cambio también en el paradigma de la acción terapéutica que, sin renegar de nuestra tradición socrática del "conócete a ti mismo", la ciencia del conocimiento nos advierte de las insuficiencias del paradigma cartesiano ("pienso, luego existo"). Pues el mero hecho de conocer no garantiza el cambio ni la dirección correcta del despliegue de nuestras vidas. Hoy estamos más interesados en paradigmas que consideran la dimensión social (interactiva, co-constructiva) de nuestro lenguaje (lenguaje verbal, lenguaje expresivo extra y paraverbal, y lenguaje ocupacional).

2. *Dimensión de las cualidades humanas esenciales y de las terapias.* En lo que se refiere a la atención centrada en la persona, en sus necesidades, deseos, voluntades, reconocemos tres ejes que orientan la diversidad de acciones y estrategias para seguir esa trayectoria: la palabra, la expresión-acción y el/ los contextos (biográficos, culturales, sociales, económicos, políticos) Si la palabra y sus posibilidades ("en el principio fue el verbo", según el dictamen bíblico) es el norte de la mayor parte de las (psico) terapias, de las así llamadas terapias verbales, la acción ("en el principio fue la acción", le hace decir Göthe a Finesto) es fuente de otra serie inagotable de abordajes, más allá de las llamadas terapias de modificación de conducta. Y ahí tenemos toda la amplia gama de terapias expresivas (arteterapia, musicoterapia, la danza, la escritura y tantas otras), y todo el arco de terapias ocupacionales (que en buena lid incluyen también las anteriores). Es así, mediante el incesante despliegue de acciones como el ser humano da cuenta de su proyección concreta y específica en el mundo en el que vive. A su vez, la ciencia ocupacional nos ilustra acerca de la multiplicidad de oportunidades que, al ocuparnos de las tareas por las que nos interesamos, podemos ir descubriendo, y que pueden producir efectos más allá de lo inmediatamente apreciable, como puede ser reformular nuestra identidad social, o explorar reciprocidad y la mutualidad en las relaciones interpersonales y, por supuesto, desplegar buena parte de nuestras potencialidades de realización y de cambio: Desde la creatividad al hacer salir al exterior los contenidos subyacentes de nuestro mundo interno (mundo de afectos, significaciones, deseos e intenciones) mediante la expresión artística, por ejemplo, a las distintas formas de convivencia (tareas y proyectos compartidos), pasando por las más elementales de ocuparse de su propia persona (ya sean los hábitos de higiene básica, ya sean las más sutiles actividades para la formación intelectual) y de poder contribuir a la producción de objetos ("útiles", decimos en lenguaje común), con consecuencias en los circuitos mercantiles o fuera de ellos; o

tantas tareas a caballo entre ambas (por ejemplo, el cocinar, que puede estar tanto al servicio de la supervivencia, como del ocio, como de la producción artesanal o industrial; y tantos otros ejemplos, el mismo escribir, hacer deporte o conversar ...)

3. *Dimensión salud - enfermedad,* que siempre implica una dimensión de salud mental- "no hay salud sin salud mental". Un binomio determinante de tantos periodos de la vida de todos nosotros. De sus múltiples facetas, quiero señalar dos aspectos cruciales desde la perspectiva subjetiva y socio-relacional, especialmente cuando consideramos problemas de salud persistentes, en la dimensión de la cronicidad: 1) la importancia de los roles sociales - no se puede abordar un proceso terapéutico consistente sin tener en cuenta el impacto que los cambios en el eje salud-enfermedad tienen para el ejercicio de roles vitales para la persona; de modo que una tarea terapéutica primordial es explorar nuevos ejercicios de roles, adecuar, rescatar, flexibilizar ; y 2) la necesidad de incorporar una óptica narrativa a nuestra forma de entender y de intervenir; narrativa que se expresa tanto a nivel verbal, como artístico como ocupacional.

4. *Dimensión prospectiva.* En la visión de futuro que hoy tenemos, algunos valores aparecen como los más potentes determinantes de futuro, los palabras clave de nuestros programas: empoderamiento-autonomía, concordancia-cooperación de los distintos agentes implicados, recuperación. La terapia ocupacional viene demostrando mediante su que-hacer en el contexto comunitario, su plena identificación con estos valores (que lo son tanto en la dimensión ética como técnica), por lo que está llamada a jugar un papel central en la nueva era de los procesos de atención a la salud mental que ahora estamos iniciando. Os deseo suerte en el intento, y pues "arrieros somos", en el camino nos encontraremos.

Mariano Hernández Monsalve.
Psiquiatra. Jefe de Servicio de Salud Mental de Tetuán, Madrid.